



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212250182

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Maria Guadalupe Enriquez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 15/06/1950 Día Mes Año	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP E1XGS0061SMSPNXD02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: 071 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) Calle Venustiano Carranza 27 Localidad San José Xilatzten 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 7981 10.4 Núm. Interior 1 10.5 Tipo de asentamiento humano Tanlaías 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 7981 10.8 Localidad Tanlaías 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hospital General de Ciudad Valles Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 7909 15.4 Núm. Interior 0 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 7909 15.8 Localidad Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/09/2021 Día Mes Año 1940 Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente COVID-19 a) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Insuficiencia Renal Aguda Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 13 días 10 días 9 días 35 años Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto fallecido con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	

DEL INF.

23. NOMBRE Leonila Garcia Nombre(s) Primer Apellido Asuncion Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieto	

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10893314 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Sergio Palacios Nombre(s) Primer Apellido Compan Segundo Apellido	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Carretera 29.2 Nombre de la vialidad Mexico-Laredo Km 7 29.3 Núm. Exterior S/N 29.4 Núm. Interior S/N 29.5 Tipo de asentamiento humano cd. Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano cd. Valles 29.7 Código Postal 7909 29.8 Localidad cd. Valles 29.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13/09/2021 Día Mes Año	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	



212250182